

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

**Incidencia de los Esquemas Maladaptativos Tempranos y Estilos Parentales de
Acompañamiento en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.**

Albeiro Montoya Ceballos

Paula Mejía Terreros

Trabajo de grado para optar el título de psicólogos

Asesora

Leidy Tatiana Castañeda Quirama

Magíster

Institución universitaria politécnico grancolombiano.

Facultad de sociedad, cultura y creatividad

Medellín - Colombia

Enero 2022

Notas de Autor

Albeiro Montoya Ceballos, facultad de sociedad, cultura y creatividad, institución universitaria politécnico grancolombiano, Medellín Colombia.

Paula Mejía Terreros, facultad de sociedad, cultura y creatividad, institución universitaria politécnico grancolombiano, Medellín Colombia.

Este estudio fue realizado con la ayuda financiera de la institución universitaria politécnico grancolombiano, cuenta con la corrección y asesoramiento de la profesora Leidy Tatiana Castañeda Quirama.

La recolección de datos se realizó con el apoyo de los participantes del semillero de investigación: psicología clínica y salud mental.

No se reportan conflictos de intereses en el desarrollo de esta investigación.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Tabla de Contenido

1. Planteamiento del Problema.....	6
2. Objetivos.	9
2.1 Objetivo general.....	9
2.1.1 Objetivos específicos.....	9
3. Hipótesis de Investigación.....	9
4. Justificación.....	10
5. Marco Teórico.....	11
5.1 Anorexia Nerviosa.....	11
5.2 Bulimia Nerviosa.....	11
5.3 Factores genéticos, psiquiátricos y neurológicos asociados a los TCA.....	12
5.4 Estilos parentales asociados a los TCA.....	14
5.5 Esquemas maladaptativos tempranos.....	15
5.5.1 Dimensión desconexión y rechazo.....	17
5.5.1.1 Abandono/inestabilidad.....	17
5.5.1.2 Desconfianza/Abuso.....	17
5.5.1.3 Privación emocional.....	18
5.5.1.4 Defectuosidad/Vergüenza.....	18
5.5.1.5 Aislamiento social.....	18
5.5.2 Dimensión Perjuicio en autonomía y desempeño.....	18
5.5.2.1 Dependencia/incompetencia.....	18
5.5.2.2 Vulnerabilidad al peligro-enfermedad.....	18
5.5.2.3 Apego confuso.....	18
5.5.2.4 Fracaso.....	18
5.5.3 Dimensión límites inadecuados.....	19
5.5.3.1 Grandiosidad.....	19
5.5.3.2 Insuficiente autocontrol.....	19
5.5.4 Dimensión tendencia hacia el otro.....	19
5.5.4.1 Subyugación.....	19
5.5.4.2 Autosacrificio.....	19
5.5.4.3 Búsqueda de aprobación/reconocimiento.....	20
5.5.5 Dimensión sobrevigilancia e inhibición.....	20
5.5.5.1 Negatividad/pesimismo.....	20
5.5.5.2 Inhibición emocional.....	20

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

5.5.5.3 Metas inalcanzables.....	20
5.5.5.4 Castigo.....	20
6. Diseño metodológico.....	22
6.1 Diseño del estudio.....	22
6.2 Participantes.....	22
6.3 Criterios de inclusión.....	22
6.4 Criterios de exclusión.....	22
6.5 Variables.....	22
6.5.1 Variables sociodemográficas.....	22
6.5.2 Variables independientes.....	22
6.5.3 Variable dependiente.....	22
6.6 Técnicas de recolección de información.....	22
6.6.1 Recolección de datos.....	22
6.6.2 instrumentos de recolección de información.....	23
6.6.2.1 CEY-S3.....	23
6.6.2.2 PBI-Lazos parentales.....	23
6.6.2.3 EAT-26.....	23
6.7 Procesamiento de la información.....	23
6.7.1 Conformación de la base de datos.....	23
6.7.2 Características estadísticas de las medidas.....	24
7. Resultados.....	25
8. Discusión.....	46
9. Conclusión.....	50
10. Referencias.....	51

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una problemática estudiada a lo largo del tiempo por su prevalencia e incremento en el número de casos evaluados. La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación existente entre los esquemas maladaptativos tempranos, los estilos parentales de acompañamiento y la anorexia, bulimia y el trastorno por atracones. Se realizó un descriptivo, transversal y correlacional y se evaluaron 74 mujeres entre 18 y 40 años que asisten a centros de gimnasios en la ciudad de Medellín. Para la evaluación de las variables de interés se empleó el cuestionario de esquemas de Young (CEYS-3), el instrumento de lazos parentales (PBI) y el cuestionario de actitudes alimentarias (EAT-26). Los resultados evidencian que en la población con riesgo de padecer un TCA hay mayor prevalencia de esquemas cognitivos de fracaso y estilos parentales autoritarios. Además, entre mayor es el uso de conductas de dieta, mayor es el riesgo de padecer Bulimia y preocupación por la comida. Los resultados de este estudio facilitan la comprensión de los factores asociados al inicio de los TCA, lo cual es de relevancia para el establecimiento de futuras intervenciones terapéuticas.

Palabras clave: Esquemas maladaptativos tempranos, trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones, estilos parentales.

Abstract

Eating disorders (ED) are a problem that has been studied over time due to their prevalence and increase in the number of cases evaluated. The aim of the present study was to identify the relationship between early maladaptive schemas, parental support styles and anorexia, bulimia and binge eating disorder. A descriptive, cross-sectional and correlational study was carried out and 74 women between 18 and 40 years of age attending fitness centers in the city of Medellin were evaluated. The Young's Schema Questionnaire (CEYS-3), the Parental Bonding Instrument (PBI) and the Eating Attitudes

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Questionnaire (EAT-26) were used to evaluate the variables of interest. The results show that in the population at risk for ED there is a higher prevalence of cognitive failure schemas and authoritarian parenting styles. In addition, the greater the use of dieting behaviors, the greater the risk of Bulimia and preoccupation with food. The results of this study facilitate the understanding of the factors associated with the onset of ED, which is of relevance for the establishment of future therapeutic interventions.

Key words: Early maladaptive schemas, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, parenting styles.

1. Planteamiento del Problema.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han sido una problemática que se ha estudiado a lo largo del tiempo por su prevalencia y aumento en el número de casos evaluados.

Diferentes autores han propuesto definiciones para estas patologías, entre estas Acerete et.al (2010 citado en Pelaez & Vega, 2018), los define como una alteración en la ingesta de alimentos, el control del peso y distorsión de la imagen corporal. A su vez, los TCA son el resultado de la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales (Losada & Bidau, 2017).

En relación con lo anterior, es importante mencionar que existen distintos factores que pueden contribuir con la aparición de trastornos como la anorexia, bulimia y atracones; entre estos Losada & Charro (2018) mencionan que “se halló que en la Anorexia prevalece la percepción de un estilo permisivo y en la bulimia un estilo autoritario” (p.107). Esto puede relacionarse con que, en las familias que tienen un integrante con diagnóstico de TCA se ha observado menor flexibilidad, poca expresión emocional, una comunicación intrafamiliar poco asertiva y mayor rechazo y sobreprotección paterna. (Losada & Bidau, 2017) De igual forma el control excesivo de la alimentación de los hijos por parte de los padres incrementa la frecuencia de los TCA en niños y jóvenes (Fajardo et.al, 2017).

Es de resaltar que, las personas con diagnóstico de anorexia nerviosa suelen describir a sus familias como cohesivas y organizadas y con una baja tolerancia al conflicto; también se ha observado que no se reconocen los límites individuales de cada miembro, lo cual influye en el desarrollo de la autonomía (Serra, 2015), a diferencia de pacientes con diagnóstico de bulimia que refieren a sus familias como conflictivas y menos cohesionadas (Marmo, 2014).

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Otro de los factores asociado a los TCA son los esquemas maladaptativos tempranos (EMTS) los cuales se definen como:

Patrón amplio y generalizado de contenido emocional y cognitivo, poco adaptativo, relativo a sí mismo y a la relación con los demás, se inicia al comienzo del desarrollo y se van replicando a lo largo de la vida. Provoca conductas disfuncionales que suelen traer consecuencias negativas para quien los posee. Son verdades a priori y se auto-perpetúan, aspecto que los hace resistentes al cambio (Young, et.al, 2015 citado en Pelaez & Vega, 2018, p.11).

Específicamente, se ha encontrado que el autocontrol insuficiente y el aislamiento social se asocian directamente con el riesgo de padecer un TCA. (Hovrud et.al, 2019). Al respecto, es de destacar que cuando el individuo se encuentra en un entorno estresante, es posible que desarrolle un esquema de imprevisibilidad, en el que el entorno es incontrolable y los cuidadores son percibidos como poco fiables. Los esquemas cognitivos tienen el objetivo de dirigir las conductas de autorregulación (Proffitt & Hill, 2018,) de esta forma, cuando se vivencian experiencias negativas de cuidado, se pueden producir alteraciones en la representación del yo causando una vulnerabilidad a padecer un TCA. (Estevez, et.al, 2019).

Así mismo, se ha logrado identificar en diferentes estudios que la obesidad, los atracones y la sobrealimentación pueden estar asociados a la presencia de EMTS siendo los dominios de Desconexión/Rechazo y de Autonomía y Desempeño Deficiente los que más se presentan. (Nicol, et.al 2020). De manera similar, el impulso de delgadez en pacientes con TCA puede asociarse a los esquemas cognitivos de defectuosidad/vergüenza e insuficiente autocontrol.

De acuerdo con la revisión documental que se realizó, a nivel internacional se logró identificar que la población mayormente afectada por los TCA son mujeres entre 14 y 26 años, de estrato socio económico medio-alto, además “algunas investigaciones han

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

demostrado que un nivel socioeconómico bajo en los primeros años de vida, es decir, entre los 0 y los 12 años predice la ingesta de alimentos en ausencia de necesidades energéticas” (Hill, et.al, 2016 citado en Proffitt & Hill, 2018, p. 691).

En continuidad con los hallazgos encontrados sobre los factores asociados a los TCA, cabe mencionar que, en el contexto latinoamericano, las mujeres adolescentes tienen mayor vulnerabilidad a padecer estos trastornos debido a que, es una etapa en la que se viven cambios biopsicosociales importantes para la formación de la identidad. (Portella de Santana, et.al, 2012 citado en Losada, et.al, 2020).

En Colombia se han identificado aumentos significativos de diagnósticos de TCA en edades entre los 7 y 12 años. Durante los últimos 5 años han aumentado las conductas de riesgo para el desarrollo de dichos trastornos. Los hallazgos indican que la anorexia se incrementó entre 0.8 % y 1% y la bulimia en un 3.5%, siendo Medellín la ciudad con más casos con un índice de mortalidad del 25 % (Gempeler, 2019).

En concordancia con los resultados anteriores, es posible mencionar que después de realizar una revisión bibliográfica sobre los esquemas y estilos parentales que se asocian con TCA, se identificó que existen pocas investigaciones que relacionen estas variables. Así mismo se encontró que, en Colombia pocos estudios han evaluado la influencia de los padres y los EMTS en la aparición de dichos trastornos. Por ende, esta investigación toma relevancia, ya que son unas variables que han tenido poco abordaje investigativo y pueden tener impacto en la conceptualización e intervención clínica de estos trastornos.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Establecer la relación entre los esquemas maladaptativos tempranos, los estilos parentales de acompañamiento y los trastornos de la conducta alimentaria.

2.1.1 Objetivos Específicos

1. Establecer la relación existente entre los esquemas maladaptativos tempranos y el desarrollo de un TCA.
2. Determinar cuáles estilos parentales de acompañamiento están asociados a la presencia de un TCA.
3. Establecer los valores de las correlaciones bivariadas entre todas las variables.

3. Hipótesis de investigación

1. A mayor presencia de esquemas maladaptativos tempranos mayor riesgo de padecer un TCA.
2. El estilo parental de acompañamiento autoritario está asociado al riesgo de padecer un TCA.

4. Justificación

La investigación propuesta busca identificar la relación existente entre los esquemas maladaptativos tempranos, los estilos parentales de acompañamiento y los trastornos de la conducta alimentaria. A partir de la investigación documental realizada, se puede mencionar que en Colombia se han llevado a cabo pocos estudios acerca de la relación entre las variables mencionadas anteriormente; además, se ha identificado un aumento significativo de diagnósticos de TCA en edades entre los 7 y 12 años y un incremento del 25% en el índice de mortalidad generado por estas patologías, lo cual ha conllevado a que varios estudios consideren los TCA como un problema de salud pública. (Duarte & Mendieta, 2019).

La presente investigación pretende tener un impacto en la conceptualización y comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria. Se pretende aportar información que pueda ser de utilidad en el momento de establecer programas de prevención frente a estas problemáticas, ya que los datos epidemiológicos reportados señalan que esta es una de las patologías que ha tenido mayor crecimiento en la población joven, como consecuencia de las exigencias sociales y la sobrevaloración de la apariencia física que, a su vez, generan mayores niveles de afectación en la salud física y mental.

5. Marco Teórico

Según la asociación americana de psiquiatría los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por “una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo de alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial” (p.329). En esta investigación se hace énfasis en los diagnósticos de bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastorno de atracones.

5.1 Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa (AN) es el miedo irracional a engordar y un deseo obsesivo por adelgazar, acompañado de dietas severas, ayunos autoimpuestos y una práctica excesiva de ejercicio físico, debido a que las personas con este trastorno sienten una preocupación excesiva respecto a su peso y figura corporal (Serra, 2015).

Para realizar el diagnóstico de AN se debe tener en cuenta que se presenta una restricción significativa de la ingesta de alimentos, lo cual produce un peso inferior al esperado en cuanto a la edad y el sexo. Además, se observa un miedo recurrente a engordar, lo que puede conllevar a que se presenten conductas como atracones o purgas, que obstaculizan el aumento del peso. Así mismo, existe una alteración en la percepción de la imagen corporal y generalmente no se reconoce la gravedad del bajo peso actual (APA, 2014).

5.2 Bulimia Nerviosa

De forma similar, en la bulimia nerviosa (BN) se presentan ciclos repetitivos de atracones y existe una preocupación desmedida en cuanto al peso y la figura, los cuales suelen ser compensados con conductas como vómitos, diuréticos, dietas estrictas, abuso de laxantes y la práctica intensa de ejercicio físico. A diferencia de la bulimia, las personas con trastorno de atracones no realizan conductas compensatorias, aunque este se

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

manifiesta por episodios recurrentes de atracones y la sensación de perder el control durante estos (Serra, 2015).

5.3 Factores genéticos, psiquiátricos y neurológicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria

A partir de los diagnósticos mencionados anteriormente, se han realizado diferentes estudios que han permitido un acercamiento más aproximado a la comprensión de los TCA. En la actualidad, Monteleone & Maj (2008) mencionan que “estudios realizados con gemelos sugieren una heredabilidad del 80% y los polimorfismos de los genes 5-HTA2 y BDNF parecen candidatos sólidos para la AN restrictiva y BN” (p. 1513). De forma similar, se han realizado estudios neurocientíficos que indican que el ácido γ -aminobutírico más conocido como GABA es un receptor proteico e inhibitorio del sistema nervioso central que está implicado en el sueño, vinculado a la ansiedad extrema y también tiene una amplia participación en la aparición y en el mantenimiento de los TCA (Morris & Maisto, 2005).

De forma semejante, a partir de un análisis sistemático realizado por Himmerich et.al (2019).se encontraron asociaciones de genes relacionados con neurotransmisores como: serotonina, norepinefrina y glutamato; genes como leptina, hormona de los melanocitos, receptores de melanocortina, neuropéptido y ghrelina relacionados con el sistema regulatorio del hambre y la AN

Las investigaciones mencionadas anteriormente han permitido avanzar tanto en el conocimiento del trastorno, como en los diferentes métodos de tratamiento para el mismo. Dos de los retos más significativos para la remisión de la sintomatología de los pacientes son: la negación del problema y los cambios metabólicos a causa del aumento en el consumo de calorías (Irwin, 2006).

Los psiquiatras han intentado tratar la AN y la BN con fármacos como: antipsicóticos y estimulantes de los receptores adrenérgicos (DOPA y THC). Por otra parte, varios

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

estudios sugieren que los agonistas de la serotonina como, por ejemplo, la fluoxetina más conocida como prozac, ayuda en el tratamiento de los TCA (Carlson, 2014).

Los psicólogos en cambio se han concentrado en utilizar métodos de tratamiento generalmente enfocados en la terapia cognitiva conductual (TCC). El entrenamiento de conciencia de la alimentación basado en la atención plena (MB-EAT), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia de comportamiento dialéctico (DBT) son las técnicas más utilizadas en el tratamiento de los TCA, debido a que se le brindan estrategias psicológicas al paciente relacionadas con: la conciencia plena, la tolerancia a la angustia, la modulación de las emociones y los valores (Juarascio, 2020).

Aunque el ejercicio excesivo ha sido considerado como un síntoma de los TCA, específicamente en la AN y en BN; se ha utilizado como apoyo terapéutico, ya que existe evidencia de que si se realiza actividad física de forma estructurada y supervisada puede haber una mejor adherencia al tratamiento y un cambio en la calidad de vida, el bienestar psicológico y la fuerza muscular (Martínez & Munguía, 2017).

Cabe señalar que, así como se han estudiado las causas neuropsicológicas y sociales, también se ha tenido en cuenta la familia como un factor ligado al inicio de los TCA. Los primeros estudios realizados sobre las prácticas familiares se atribuyen a los psicólogos, sociólogos y antropólogos de la década del 30 en los cuales se definen por primera vez los estilos educativos paternos (Quintana, 2016). Estos se definen como las técnicas utilizadas por los padres con el propósito de criar a sus hijos, las cuales pueden tener una influencia significativa en la formación de la autoestima, la personalidad y el carácter (Rocafuerte, 2017).

5.4 Estilos Parentales asociados a los TCA

En relación con los TCA se ha descubierto que la dinámica familiar puede ser desencadenante o mantenedor de esta patología; sin embargo, no existe un patrón único al cual pueda atribuírsele la aparición de dicho trastorno (Leung et.al.1996).

Es de resaltar que, las personas con diagnóstico de anorexia nerviosa, suelen describir a sus familias como cohesivas y organizadas y con una baja tolerancia al conflicto; también se ha observado que no se reconocen los límites individuales de cada miembro, lo cual influye en el desarrollo de la autonomía (Serra, 2015), a diferencia de pacientes con diagnóstico de bulimia que refieren a sus familias como conflictivas y menos cohesionadas (Marmo, 2014).

En la Anorexia se ha observado una prevalencia de un estilo parental de acompañamiento permisivo y en la Bulimia un estilo autoritario. (Losada & Charro, 2018). Lo cual puede relacionarse con que, en las familias que tienen un integrante con diagnóstico de TCA se ha observado menor flexibilidad, poca expresión emocional, una comunicación intrafamiliar poco asertiva y mayor rechazo y sobreprotección paterna. (Losada & Bidau, 2017)

Para entender esto, es importante definir cuáles son los estilos parentales que se han dado a conocer hasta la actualidad, entre los cuales están: El estilo democrático que se caracteriza por el control y la restricción del comportamiento de los hijos, en el cual se implementan normas y se fijan límites (Rocafuerte, 2017), así como también se promueve la comunicación y se motiva a que los hijos se valgan por sí mismos, respetando su individualidad y sus intereses. En este modelo, los padres consideran que cada miembro tiene responsabilidades con respecto a los demás, lo cual permite que se establezcan lazos de disciplina y valores familiares (Jorge & González, 2017).

En el estilo autoritario, los padres se esfuerzan por evaluar y controlar continuamente el comportamiento de los hijos. Las características determinantes de este modelo son la

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

subordinación, la falta de afecto y de comunicación. Así mismo, suelen ser padres que desestimulan la autonomía y no propician espacios de diálogo (Jorge & González, 2017).

En cuanto al estilo permisivo, los padres fomentan la independencia y la individualidad y aunque esperan de sus hijos un comportamiento equilibrado, no fijan límites a la conducta, no suelen implementar castigos y aceptan positivamente los impulsos del infante. Como consecuencia, en algunos casos se pueden presentar conductas impulsivas y agresivas que afectan tanto la capacidad de asumir responsabilidades como la habilidad para relacionarse socialmente. Sin embargo, hay casos en que los individuos pueden ser creativos, independientes y con un alto grado de autoestima (Baumrind, 2010).

Habría que mencionar además que, si bien los estilos parentales tienen gran influencia en el desarrollo psicológico del individuo, también inciden los acontecimientos de la infancia que pueden iniciar un esquema mal adaptativo temprano. (Young et.al. 2013). Es por esto por lo que, es necesario definir y conocer cuáles han sido los esquemas descritos por Young y qué relación tienen con esta patología.

5.5 Esquemas Maladaptativos tempranos

Los EMT se desarrollan en el transcurso de la vida de las personas siendo estables y duraderos. A su vez, son creencias incondicionales sobre el sí mismo en relación con el ambiente y se caracterizan porque: se auto perpetúan, son disfuncionales, se activan por acontecimientos significativos y surgen en consecuencia de vivencias disfuncionales con padres o hermanos (Rodríguez, 2009). Young plantea que los EMT surgen a partir de la interacción entre las necesidades emocionales centrales no satisfechas, las experiencias tempranas y el temperamento innato del infante. A su vez, la familia nuclear puede tener mayor impacto en el desarrollo temprano de los esquemas, sin dejar de lado que a medida que el infante crece puede verse influenciado por el entorno escolar, la comunidad y la cultura (Weishaar et.al, 2014).

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Cabe resaltar que los EMT surgen a partir de necesidades emocionales nucleares que no han sido satisfechas durante la infancia y las experiencias vitales precoces.

Se han propuesto 5 necesidades emocionales nucleares las cuales son: vínculos seguros con los demás teniendo en cuenta los cuidados, la aceptación, estabilidad y seguridad. Autonomía y sentido de identidad, libertad en cuanto a la expresión de emociones y necesidades, espontaneidad y juego, límites y autocontrol. Lo mencionado anteriormente es considerado un tema universal debido a que todas las personas las experimentamos y su intensidad puede variar de un individuo a otro. (Weishaar et.al, 2014)

También se han definido 4 tipos de experiencias vitales tempranas que contribuyen en el origen de los EMT:

La primera es la frustración tóxica de necesidades que se da cuando “el niño experimenta demasiado poco de algo bueno y adquiere esquemas como la privación emocional o el abandono a causa de déficits en el contexto temprano” (Weishaar, 2014, p. 31). El segundo es la traumatización o victimización, en la cual al niño se le victimiza o se le hiere, desarrollando de esta forma esquemas de imperfección/vergüenza, vulnerabilidad al peligro o desconfianza/abuso. En el tercer tipo se habla de que el niño recibe un exceso de algo bueno, lo que puede conllevar a que surjan esquemas como grandiosidad/autorización o dependencia/incompetencia y el último tipo es la identificación con personas significativas; se caracteriza porque el niño internaliza selectivamente diferentes conductas, pensamientos y sentimientos de los padres.

De igual modo, la terapia de esquemas de Young propone modos de esquemas disfuncionales que se definen como facetas del sí mismo u operaciones de esquemas específicos que se han dividido de otros aspectos del self (Young et.al, 2013). Es importante aclarar que, aunque el individuo tenga un esquema no significa que este activo en todo momento, si no que depende de activadores tanto internos como externos.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En consonancia con lo mencionado anteriormente, se han identificado 10 modos esquemáticos, que se agrupan en 4 categorías: modos del niño, modos de afrontamiento desadaptativos, modos de padres desadaptativos y modo del adulto sano. Debe tenerse en cuenta que algunos modos son benéficos para el individuo, mientras que otros son desadaptativos.

Conforme a esto, se han nombrado cuatro modos del niño: el niño vulnerable, el niño enfadado, el niño impulsivo/indisciplinado y el niño feliz. El modo del niño vulnerable se refiere al abuso, privación o rechazo en la infancia y abandono. El modo del niño enfadado hace alusión al enojo debido a necesidades no satisfechas y generalmente se presenta a través de conductas disruptivas. El modo de niño impulsivo/indisciplinado es aquel que actúa de acuerdo con sus impulsos emocionales sin tener en cuenta las consecuencias de sus actos para sí mismo y para los demás. Por último, está el modo del niño feliz el cual se caracteriza porque sus necesidades han sido satisfechas (Young et.al, 2013).

Consideremos ahora las 5 dimensiones y los 18 tipos de esquemas que han sido definidos por Young en su obra *cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* en 1999:

5.5.1 Dimensión: Desconexión y Rechazo:

En esta dimensión el ambiente familiar se caracteriza por frialdad, rechazo, desapego, soledad y abuso. Generando en la persona una creencia de que sus necesidades de seguridad y aceptación no serán satisfechas de manera adecuada. Los esquemas pertenecientes a esta dimensión son:

5.5.1.1 Abandono/Inestabilidad. Es la creencia de que los demás no pueden brindarnos un apoyo estable.

5.5.1.2 Desconfianza/Abuso. La persona cree que los demás se aprovecharán de él y lo lastimarán de manera intencional.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

5.5.1.3 Privación Emocional. En este la creencia se centra en que no se logrará la satisfacción de las necesidades en cuanto a afecto y protección.

5.5.1.4 Defectuosa/Vergüenza. El individuo tiene una visión de sí mismo antipática y solitaria ante los demás.

5.5.1.5 Aislamiento Social. Es la creencia que tiene el individuo de que no hace parte de un grupo o comunidad, de que es diferente a los demás y está solo.

5.5.2 Dimensión: Perjuicio En Autonomía y Desempeño:

En esta dimensión la familia se caracteriza por ser sobreprotectora aminorando la independencia del niño y debilitando su confianza. Lo anterior conlleva a instaurar una expectativa desfavorable para sí mismo debido a que esta influye en el funcionamiento satisfactorio de la persona. Los esquemas pertenecientes a esta dimensión son:

5.5.2.1 Dependencia/ Incompetencia. Es la creencia que tiene la persona de no ser capaz de asumir sus responsabilidades de manera idónea y sin la ayuda de otros.

5.5.2.2 Vulnerabilidad al Peligro o a la Enfermedad. Es un miedo irracional de que suceda una catástrofe médica, emocional o externa y que no se tenga el control de la misma.

5.5.2.3 Apego Confuso. Es la extrema proximidad emocional con una o varias personas (generalmente los padres). Con frecuencia conlleva a la creencia de que el otro no podrá sentirse feliz sin su apoyo; a su vez esto perjudica la identidad individual y se generan sentimientos de fusión con los demás.

5.5.2.4 Fracaso. Es la creencia de que se ha fracasado y se seguirá fracasando en el futuro. La persona suele considerarse de un estatus inferior al de los demás y cree que no posee la suficiente inteligencia u otras habilidades

5.5.3 Dimensión: Límites Inadecuados:

En esta dimensión la familia se caracteriza por ser permisiva e indulgente, se suele estimular la sensación de superioridad lo cual conduce a que no se respeten adecuadamente los derechos de las demás personas. Lo anterior conlleva a que al individuo se le dificulte cooperar con los demás, adquirir compromisos y establecer sus propios objetivos.

5.5.3.1 Grandiosidad: La persona cree que es superior a los demás y que puede tener privilegios especiales. Suele estar desligado de las normas que pautan la interacción social e impone su propio punto de vista para controlar a los demás con el propósito de cumplir sus propios deseos.

5.5.3.2 Insuficiente autocontrol: A la persona se le dificulta ejercer autocontrol, suele evitar la frustración, el conflicto y la incomodidad, también restringe la expresión de sus emociones siendo impulsivo en ocasiones.

5.5.4 Dimensión: Tendencia Hacia el Otro:

En esta dimensión la familia se caracteriza por la aceptación condicional en la cual el individuo debe pasar por alto los aspectos importantes de sí mismo con el fin de obtener aprobación y amor por parte de los demás. De esta forma, la persona se enfoca en los sentimientos y deseos de los otros con el objetivo de mantener la sensación de unión con ellos.

5.5.4.1 Subyugación: El individuo abandona el control y cede en exceso a la coerción impuesta por el otro, lo cual conlleva a que la persona perciba sus propios deseos, opiniones y sentimientos como poco importantes para los demás.

5.5.4.2 Autosacrificio: La persona centra su motivación en satisfacer las necesidades de los demás incluso cuando sus propias necesidades no están siendo satisfechas. Los principales motivos para que se presente esta conducta son: prevenir el mal ajeno, evitar sentimientos de egoísmo y conservar la conexión con los demás.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

5.5.4.3 *Búsqueda de Aprobación / Búsqueda de Reconocimiento:* El individuo busca constantemente aprobación, reconocimiento y atención por parte de las demás personas, incluso si esto conlleva a la pérdida de su identidad.

5.5.5 *Dimensión: Sobrevigilancia e Inhibición:*

En esta dimensión la familia se caracteriza por impedir la adecuada expresión emocional, ser exigente, inflexible y punitiva. Por lo tanto, se prioriza el respeto a las normas, la evitación de errores y el perfeccionismo por encima del placer, la alegría y la relajación. Lo anterior conlleva a que la persona suprima los propios sentimientos, impulsos o expectativas y suelen ser sobre vigilantes y pesimistas.

5.5.5.1 *Negatividad / Pesimismo:* La persona suele centrar su atención en los aspectos negativos y minimiza los aspectos positivos. Generalmente se presenta una creencia de que las cosas van a empeorar gravemente lo cual conlleva al miedo de cometer errores.

5.5.5.2 *Inhibición Emocional:* El individuo inhibe los sentimientos y evita la comunicación con el fin de evadir la desaprobación y la vergüenza.

5.5.5.3 *Metas Inalcanzables:* La persona tiene la creencia de que debe cumplir con estándares inalcanzables de desempeño y conducta, caracterizándose por ser perfeccionista y prestarle una atención desmesurada al detalle con el fin de evitar la crítica.

5.5.5.4 *Castigo:* Se caracteriza por la creencia de que, tanto el individuo como los demás deben ser castigados por sus errores. Incluye también la intolerancia y la impaciencia con los otros cuando no satisfacen las expectativas propias.

Desde la terapia cognitivo-conductual se ha avanzado en el tratamiento de trastornos como: ansiedad, abuso de sustancias, trastornos somato formes y trastornos de la conducta alimentaria. Esta tiene como objetivo la reducción de la sintomatología y la enseñanza de habilidades para la efectiva resolución de problemas de los pacientes. Desde 1990 hasta 1999 Young planteó la terapia de esquemas utilizando técnicas sistemáticas de

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

diferentes escuelas de psicoterapia, lo cual tenía como objetivo menguar los fracasos terapéuticos que se estaban presentando hasta ese momento. (Young, 2013).

6. Diseño Metodológico

6.1 Diseño del Estudio

Estudio descriptivo - transversal - correlacional.

6.2 Participantes

74 participantes, seleccionadas a partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

6.3 Criterios de Inclusión

- Mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 40 años.
- Llevar mínimo tres meses asistiendo al gimnasio.

6.4 Criterios de Exclusión

- Tener un diagnóstico de espectro de la psicosis.

6.5 Variables

6.5.1 Variables Sociodemográficas

Edad, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico y ocupación.

6.5.2 Variables independientes

- Esquemas maladaptativos Tempranos.
- Estilos parentales de acompañamiento.

6.5.3 Variable dependiente

Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

6.6 Técnicas de Recolección de la Información

6.6.1 Recolección de Datos

Se realizaron los correspondientes contactos con los gimnasios para informar sobre la aplicación de los instrumentos. Se contactaron por conveniencia las participantes. Se les presentó el consentimiento informado para que, en caso de aceptar, lo firmen. Los instrumentos fueron aplicados por auxiliares de investigación, quienes fueron estudiantes del

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

semillero de investigación Psicología Clínica y Salud Mental de la Institución Universitaria Politécnica Grancolombiano. Los datos fueron analizados a partir del SPSS v. 25.

6.6.2 Instrumentos de recolección de la información

6.6.2.1 CEY-S3. Cuestionario de esquemas de Young versión tercera reducida. Su autor fue Jeffrey Young en 1994. Es un inventario auto administrado de 90 ítems desarrollado para medir una taxonomía de 18 esquemas denominados Esquemas desadaptativos tempranos (EDT)(EMT). Cada ítem se puntúa utilizando una escala de 6 puntos, 1= no me describe y 6=me describe perfectamente.

6.6.2.2 PBI lazos parentales. Parental Bonding Instrument – Instrumento de lazos parentales. Sus autores fueron Parker, Tupling y Brown en 1979. Este test es una prueba objetiva que pretende medir y determinar el vínculo hacia los padres. El original consta de 25 afirmaciones y la versión traducida consta de 22 afirmaciones, la cual la componen 2 escalas Likert que son afecto y control. Los índices de fiabilidad para la versión estandarizada se encuentran entre los valores de 0,78 y 0,89, respectivamente, para las escalas subdivididas por el sexo del progenitor.

6.6.2.3 EAT-26. Eating attitudes – Actitudes alimentarias. Sus autores fueron Constaín, Ramírez, Rodríguez, Gómez, Marín y Acosta. Es una escala auto aplicable que se utiliza para evaluar el riesgo de trastornos de la alimentación. Consta de 26 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert. Es un instrumento multidimensional, con excelentes valores de confiabilidad (92,1%) y sensibilidad, y con un adecuado valor de especificidad.

6.7 Procesamiento de la Información

6.7.1 Conformación de la base de datos

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Terminada la evaluación de los participantes en el estudio, se realizó un control de posibles errores en la introducción de los datos. Los datos fueron sistematizados y analizados utilizando el software IBM SPSS v. 25, utilizando la macro PROCESS V 3.5. Se realizó un análisis factorial (AFE y AFC), coeficientes de correlación y alfa de Cronbach. Los resultados se consideraron significativos para valores de $p < .05$.

6.7.2 Características estadísticas de las medidas

Para cada medida recogida, se calculó la media, desviación estándar, mediana y rango. Luego, se examinó si las puntuaciones se ajustan a la distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.

7. Resultados

Tabla 1

Edades de las participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad	18	4	5,4	5,4	5,4
	19	3	4,1	4,1	9,5
	20	2	2,7	2,7	12,2
	21	5	6,8	6,8	18,9
	22	2	2,7	2,7	21,6
	23	3	4,1	4,1	25,7
	24	3	4,1	4,1	29,7
	25	7	9,5	9,5	39,2
	27	2	2,7	2,7	41,9
	28	4	5,4	5,4	47,3
	29	5	6,8	6,8	54,1
	30	1	1,4	1,4	55,4
	31	1	1,4	1,4	56,8
	32	5	6,8	6,8	63,5
	33	2	2,7	2,7	66,2
	34	4	5,4	5,4	71,6
	36	4	5,4	5,4	77,0
	38	1	1,4	1,4	78,4
	39	4	5,4	5,4	83,8
	40	12	16,2	16,2	100,0
Total		74	100,0	100,0	

De acuerdo con los datos de la tabla 1, la mayor frecuencia de participantes, es decir, el 16,2% de la población evaluada se ubicó en los 40 años, el 9,5 % en los 25 años y el 6,8% en los 29, 21 y 32 años respectivamente.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Tabla 2*Escolaridad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bachiller	8	10,8	10,8	10,8
Técnica	3	4,1	4,1	14,9
Tecnología	11	14,9	14,9	29,7
Universitaria	35	47,3	47,3	77,0
Posgrado	17	23,0	23,0	100,0
Total	74	100,0	100,0	

De acuerdo con la tabla 2, el 47,3 % de evaluadas se ubicó en un nivel de escolaridad de pregrado, el 23 % reportó formación de posgrado, el 14,9 % tiene escolaridad tecnológica, el 10,8% bachillerato y el 4,1% técnica.

Tabla 3*Estado civil*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Soltera	41	55,4	55,4	55,4
Casada	14	18,9	18,9	74,3
Unión libre	17	23,0	23,0	97,3
Divorciada	2	2,7	2,7	100,0
Total	74	100,0	100,0	

En la tabla 3 se refleja que, en cuanto al estado civil de las mujeres participantes, el 55,4% se encuentran solteras, el 23% están en unión libre, el 18,9% son casadas y solo el 2,7% están divorciadas.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Tabla 4*Estrato socioeconómico*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Estrato 2	14	18,9	18,9	18,9
	Estrato 3	18	24,3	24,3	43,2
	Estrato 4	18	24,3	24,3	67,6
	Estrato 5	20	27,0	27,0	94,6
	Estrato 6	4	5,4	5,4	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

La tabla 4 muestra los resultados referentes al estrato socioeconómico, siendo el estrato 5 predominante con el 27%, seguido de este están los estratos 3 y 4 con 24,3% respectivamente, el estrato 2 con un 18,9% y el estrato 6 con un 5,4%.

Tabla 5*Ocupación*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Empleada	31	41,9	41,9	41,9
	Estudiante	12	16,2	16,2	58,1
	Estudia y trabaja	21	28,4	28,4	86,5
	Desempleada	10	13,5	13,5	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En la tabla 5 se pueden observar los resultados correspondientes a la ocupación de las participantes donde el 41,9% son empleadas, el 28,4% estudian y trabajan, el 16,2% solo estudian y el 13,5 están desempleadas.

Tabla 6*Días de entrenamiento.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2 días	3	4,1	4,1	4,1
	3 días	21	28,4	28,4	32,4
	4 días	21	28,4	28,4	60,8
	5 días	14	18,9	18,9	79,7
	6 días	14	18,9	18,9	98,6
	7	1	1,4	1,4	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

De acuerdo con los datos de la tabla 6, el 28,4% de las participantes asisten al gimnasio de 3 a 4 días respectivamente y el 18,9% asisten entre 5 y 6 días.

Tabla 7*Horas rutina.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 hora	46	62,2	62,2	62,2
	2 horas	25	33,8	33,8	95,9
	3 horas	3	4,1	4,1	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Se observa que el 62,2% de las participantes entrenan 1 hora y el 33,8% entrenan 2 horas.

Tabla 8*Dieta*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	32	43,2	43,2	43,2
	Sí	42	56,8	56,8	100,0
Total		74	100,0	100,0	

El 56,8% de la población hacen dieta para mejorar su imagen corporal y el 43,2% no lo hacen.

Tabla 9*Modalidad entrenamiento.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		a	e	válido	acumulado
Válido	Tradicional con máquinas	23	31,1	31,1	31,1
	Funcional	39	52,7	52,7	83,8
	Crossfit	12	16,2	16,2	100,0
Total		74	100,0	100,0	

La modalidad funcional reportó un porcentaje del 52,7%, seguido de la modalidad tradicional con máquinas con el 31,1% y la modalidad crossfit con un 16,2%.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Tabla 10*Tipo vínculo con el padre en mujeres con riesgo de TCA*

			Riesgo EAT		Total
			Sin riesgo	Con riesgo	
Tipo vinculo padre	Vínculo ausente/Débil	Recuent	1	3	4
		o % del total	1,4%	4,1%	5,4%
	Control sin afecto	Recuent	20	18	38
		o % del total	27,0%	24,3%	51,4%
	Constricción cariñosa	Recuent	23	5	28
		o % del total	31,1%	6,8%	37,8%
	Vínculo óptimo	Recuent	3	1	4
		o % del total	4,1%	1,4%	5,4%
	Total	Recuent	47	27	74
		o % del total	63,5%	36,5%	100,0%

Se puede evidenciar que el 24,3 % de las mujeres evaluadas que presentan riesgo de un TCA tienen un vínculo con el padre de tipo control sin afecto, el 6,8 % evidencian constricción cariñosa, el 4,1 % vínculo ausente/débil y el 1,4 % un vínculo óptimo.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Tabla 11*Tipo vínculo con la madre en mujeres con riesgo de TCA*

			Riesgo EAT		Total
			Sin riesgo	Con riesgo	
Tipo vinculo madre	Vínculo ausente/Débil	Recuento	4	7	11
		% del total	5,4%	9,5%	14,9%
	Control sin afecto	Recuento	9	6	15
		% del total	12,2%	8,1%	20,3%
	Constricción cariñosa	Recuento	13	7	20
		% del total	17,6%	9,5%	27,0%
	Vínculo óptimo	Recuento	21	7	28
		% del total	28,4%	9,5%	37,8%
	Total	Recuento	47	27	74
		% del total	63,5%	36,5%	100,0%

El 9,5 % de las mujeres evaluadas con riesgo de padecer un TCA tienen un vínculo ausente/débil con la madre y un vínculo de constricción cariñosa respectivamente, y el 8,1 % evidencian control sin afecto.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Tabla 12*Correlación entre dieta, bulimia y control oral*

		Dieta EAT	Bulimia y preocupación EAT	Control oral
Dieta	Correlación de Pearson	1	0,530**	,314
	Sig. (bilateral)		,004	,110
	N	27	27	27
Bulimia y preocupación	Correlación de Pearson	,530**	1	,045
	Sig. (bilateral)	,004		,822
	N	27	27	27
Control oral	Correlación de Pearson	,314	,045	1
	Sig. (bilateral)	,110	,822	
	N	27	27	27

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados de la tabla 12 evidencian que entre mayor es el uso de conductas de dieta, mayor es el riesgo de bulimia y preocupación por la comida (.530) evidenciando una relación fuerte entre estas variables.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Tabla 13*Correlación entre escolaridad y riesgo de TCA*

		Riesgo EAT				
			Sin riesgo	Con riesgo	Total	
Escolaridad	Bachiller	Recuento	5	3	8	
		% del total	6,8%	4,1%	10,8%	
	Técnica	Recuento	3	0	3	
		% del total	4,1%	0,0%	4,1%	
	Tecnología	Recuento	4	7	11	
		% del total	5,4%	9,5%	14,9%	
	Universitaria	Recuento	22	13	35	
		% del total	29,7%	17,6%	47,3%	
	Posgrado	Recuento	13	4	17	
		% del total	17,6%	5,4%	23,0%	
	Total		Recuento	47	27	74
			% del total	63,5%	36,5%	100,0%

Según los resultados el 17,6% de la población con riesgo de padecer un TCA son de escolaridad universitaria, seguido de un 9,5% con escolaridad tecnológica.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Tabla 14*Correlación entre edad y riesgo de TCA*

	Edad		Riesgo EAT		Total
			Sin riesgo	Con riesgo	
	18	Recuento	2	2	4
		% del total	2,7%	2,7%	5,4%
	19	Recuento	2	1	3
		% del total	2,7%	1,4%	4,1%
	20	Recuento	2	0	2
		% del total	2,7%	0,0%	2,7%
	21	Recuento	4	1	5
		% del total	5,4%	1,4%	6,8%
	22	Recuento	0	2	2
		% del total	0,0%	2,7%	2,7%
	23	Recuento	0	3	3
		% del total	0,0%	4,1%	4,1%
	24	Recuento	1	2	3
		% del total	1,4%	2,7%	4,1%
	25	Recuento	2	5	7
		% del total	2,7%	6,8%	9,5%
	27	Recuento	2	0	2
		% del total	2,7%	0,0%	2,7%

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

28	Recuento	2	2	4
	% del total	2,7%	2,7%	5,4%
29	Recuento	5	0	5
	% del total	6,8%	0,0%	6,8%
30	Recuento	1	0	1
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
31	Recuento	1	0	1
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
32	Recuento	5	0	5
	% del total	6,8%	0,0%	6,8%
33	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,7%	2,7%
34	Recuento	1	3	4
	% del total	1,4%	4,1%	5,4%
36	Recuento	4	0	4
	% del total	5,4%	0,0%	5,4%
38	Recuento	1	0	1
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
39	Recuento	3	1	4
	% del total	4,1%	1,4%	5,4%
40	Recuento	9	3	12
	% del total	12,2%	4,1%	16,2%

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Total	Recuento	47	27	74
	% del total	63,5%	36,5%	100,0%

En la tabla 14 se refleja que el 6,8% de la población evaluada con riesgo de padecer un TCA tienen una edad de 25 años.

Tabla 15

Correlación entre estado civil y riesgo de TCA

		Riesgo EAT			
			Sin riesgo	Con riesgo	Total
Estado civil	Soltera	Recuento	20	21	41
		% del total	27,0%	28,4%	55,4%
	Casada	Recuento	12	2	14
		% del total	16,2%	2,7%	18,9%
	Unión libre	Recuento	13	4	17
		% del total	17,6%	5,4%	23,0%
	Divorciada	Recuento	2	0	2
		% del total	2,7%	0,0%	2,7%
Total		Recuento	47	27	74
		% del total	63,5%	36,5%	100,0%

El 28,4% de las mujeres evaluadas con riesgo de padecer un TCA son solteras.

Tabla 16

Correlación entre estado y riesgo de TCA

			Riesgo EAT		
			Sin riesgo	Con riesgo	Total
Estrato	2	Recuento	9	5	14
		% del total	12,2%	6,8%	18,9%
	3	Recuento	11	7	18

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

	% del total	14,9%	9,5%	24,3%
4	Recuento	15	3	18
	% del total	20,3%	4,1%	24,3%
5	Recuento	12	8	20
	% del total	16,2%	10,8%	27,0%
6	Recuento	0	4	4
	% del total	0,0%	5,4%	5,4%
Total	Recuento	47	27	74
	% del total	63,5%	36,5%	100,0%

De acuerdo con los resultados de la tabla 16, el 10,8% de las mujeres evaluadas que presentan riesgo de TCA son de estrato 5 y el 9,5% de estrato 3.

Tabla 17

Correlación entre días de asistencia a GYM y riesgo de TCA

		Riesgo EAT			
		Sin riesgo	Con riesgo	Total	
Días gym	2	Recuento	2	1	3
		% del total	2,7%	1,4%	4,1%
3		Recuento	17	4	21
		% del total	23,0%	5,4%	28,4%
4		Recuento	17	4	21
		% del total	23,0%	5,4%	28,4%
5		Recuento	7	7	14
		% del total	9,5%	9,5%	18,9%
6		Recuento	4	10	14
		% del total	5,4%	13,5%	18,9%
7		Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,4%	1,4%
Total		Recuento	47	27	74
		% del total	63,5%	36,5%	100,0%

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Según los resultados de la tabla 17 el 13,5% de la población evaluada con riesgo a padecer un TCA asiste al gimnasio 6 días de la semana, seguido de un 9,5% las cuales asisten 5 días.

Tabla 18

Correlación entre dieta y riesgo de TCA

		Riesgo EAT			
		Sin riesgo	Con riesgo	Total	
Dieta	0	Recuento	29	3	32
		% del total	39,2%	4,1%	43,2%
	1	Recuento	18	24	42
		% del total	24,3%	32,4%	56,8%
Total	Recuento	47	27	74	
	% del total	63,5%	36,5%	100,0%	

El 32,4 % de la población con riesgo emplea conductas de dieta.

Tabla 19

Correlación entre la modalidad de entrenamiento y riesgo de TCA

		Riesgo EAT			
		Sin riesgo	Con riesgo	Total	
Modalidad de entrenamiento	Tradicional con máquinas	Recuento	13	10	23
		% del total	17,6%	13,5%	31,1%
	Funcional	Recuento	31	8	39
		% del total	41,9%	10,8%	52,7%
	Crossfit	Recuento	3	9	12
		% del total			

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

	% del total	4,1%	12,2%	16,2%
Total	Recuento	47	27	74
	% del total	63,5%	36,5%	100,0%

La modalidad de entrenamiento que más es utilizada por la población con riesgo de padecer un TCA es la tradicional con máquinas, seguido del crossfit y por último el entrenamiento funcional.

Tabla 20

Esquema desconfianza/abuso en población con riesgo de un TCA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5	5	18,5	18,5
	6	2	7,4	25,9
	7	3	11,1	37,0
	8	1	3,7	40,7
	10	2	7,4	48,1
	11	2	7,4	55,6
	13	2	7,4	63,0
	14	1	3,7	66,7
	15	1	3,7	70,4
	16	2	7,4	77,8
	18	2	7,4	85,2
	19	1	3,7	88,9
	21	1	3,7	92,6
	24	2	7,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Según la tabla 20, el 18,5% de la población con riesgo de padecer un TCA, presenta un esquema de desconfianza abuso.

Tabla 21

Esquema apego confuso inmaduro en población con riesgo de un TCA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5	5	18,5	18,5	18,5
	6	3	11,1	11,1	29,6
	8	1	3,7	3,7	33,3
	9	2	7,4	7,4	40,7
	10	2	7,4	7,4	48,1
	11	3	11,1	11,1	59,3
	12	3	11,1	11,1	70,4
	13	1	3,7	3,7	74,1
	14	1	3,7	3,7	77,8
	15	1	3,7	3,7	81,5
	16	1	3,7	3,7	85,2
	17	1	3,7	3,7	88,9
	19	2	7,4	7,4	96,3
	22	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

El 18,5% de la población con riesgo de padecer un TCA, presenta un esquema de apego confuso inmaduro.

Tabla 22

Esquema vulnerabilidad al daño en población con riesgo de un TCA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	7	2	7,4	7,4	7,4
	8	1	3,7	3,7	11,1

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

9	1	3,7	3,7	14,8
10	4	14,8	14,8	29,6
11	2	7,4	7,4	37,0
12	2	7,4	7,4	44,4
13	1	3,7	3,7	48,1
14	2	7,4	7,4	55,6
15	3	11,1	11,1	66,7
16	2	7,4	7,4	74,1
19	2	7,4	7,4	81,5
20	3	11,1	11,1	92,6
23	1	3,7	3,7	96,3
25	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Según la tabla 22, el 14,8% de la población con riesgo de padecer un TCA, presenta un esquema de vulnerabilidad al daño.

Tabla 23

Esquema de fracaso en población con riesgo de un TCA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5	7	25,9	25,9
	6	2	7,4	33,3
	8	1	3,7	37,0
	9	4	14,8	51,9
	10	2	7,4	59,3
	11	2	7,4	66,7
	12	2	7,4	74,1
	13	2	7,4	81,5
	15	1	3,7	85,2
	19	1	3,7	88,9
	23	1	3,7	92,6
	24	1	3,7	96,3

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

25	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Según la tabla 23, el 25,9% de la población con riesgo de padecer un TCA, presenta un esquema de fracaso.

Tabla 24

Esquema de subyugación en población con riesgo de un TCA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5	5	18,5	18,5	18,5
	7	1	3,7	3,7	22,2
	8	2	7,4	7,4	29,6
	11	3	11,1	11,1	40,7
	12	2	7,4	7,4	48,1
	13	2	7,4	7,4	55,6
	15	1	3,7	3,7	59,3
	16	1	3,7	3,7	63,0
	17	2	7,4	7,4	70,4
	18	1	3,7	3,7	74,1
	19	3	11,1	11,1	85,2
	22	1	3,7	3,7	88,9
	24	1	3,7	3,7	92,6
	25	2	7,4	7,4	100,0
Total		27	100,0	100,0	

Según la tabla 24, el 18,5% de la población con riesgo de padecer un TCA, presenta un esquema de subyugación.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Tabla 25*Correlaciones en población de riesgo.*

			Fracaso	Apego confuso inmaduro
Rho de Spearman	Fracaso	Coeficiente de correlación	1,000	,536**
		Sig. (bilateral)	.	,004
		N	27	27
	Apego confuso inmaduro	Coeficiente de correlación	,536**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	.
		N	27	27

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Según la tabla 25, a mayor fracaso, mayor es el nivel del esquema apego confuso/inmaduro (.536) existiendo una correlación fuerte entre las variables.

Tabla 26*Correlaciones en población de riesgo.*

			Fracaso	Desconfianza a abuso
Rho de Spearman	Fracaso	Coeficiente de correlación	1,000	,660**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	27	27
	Desconfianza abuso	Coeficiente de correlación	,660**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	27	27

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Según la tabla 26, a mayor fracaso, mayor es el nivel de desconfianza abuso (.660) existiendo una correlación fuerte entre las variables.

Tabla 27

Correlaciones en población de riesgo.

			Fracaso	Vulnerabilidad al daño
Rho de Spearman	Fracaso	Coeficiente de correlación	1,000	,684**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	27	27
	Vulnerabilidad al daño	Coeficiente de correlación	,684**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	27	27

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Según la tabla 27, a mayor fracaso, mayor es el nivel de vulnerabilidad al daño (.684) existiendo una correlación fuerte entre las variables.

Tabla 28

Correlaciones en población de riesgo.

			Fracaso	Subyugación
Rho de Spearman	Fracaso	Coeficiente de correlación	1,000	,847**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	27	27
	Subyugación	Coeficiente de correlación	,847**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	27	27

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Según la tabla 28, a mayor fracaso, mayor es el nivel de subyugación ($.847$) existiendo una correlación fuerte entre las variables.

8. Discusión

El objetivo principal de la investigación consistió en identificar la relación existente entre los esquemas maladaptativos tempranos, los estilos parentales de acompañamiento y el comportamiento alimentario. En relación con lo anterior, se halló que el dominio predominante referente a los esquemas maladaptativos tempranos fue el de perjuicio en autonomía y desempeño, en el cual los puntajes más altos de las participantes con riesgo de padecer un TCA hacen parte de los esquemas de fracaso, desconfianza/abuso, apego confuso y vulnerabilidad al daño; además, en el dominio de tendencia hacia el otro el mayor puntaje se relaciona con el esquema de subyugación. Se puede evidenciar que el esquema maladaptativo con mayor porcentaje fue el de fracaso, con un 25,9% el cual tuvo una alta correlación con los demás esquemas.

Con respecto a los estilos parentales de acompañamiento se encontró que en la población que presenta riesgo de padecer un TCA, prevalece el estilo autoritario (control sin afecto) en el vínculo con el padre. En contraste con lo anterior, en el vínculo con la madre el estilo autoritario se presenta como constricción cariñosa, lo cual se refiere a alto afecto y control, representado en un 9,5 % de la población evaluada. El estilo permisivo se presenta como un vínculo ausente/débil en un porcentaje igual. Cabe resaltar que, el estilo democrático (vínculo óptimo) tuvo un alto porcentaje en cuanto al vínculo con la madre en la población sin riesgo de padecer un TCA, por lo cual puede considerarse como un factor protector.

De acuerdo con los resultados de esta investigación en cuanto al comportamiento alimentario, el 36,4 % de la población evaluada obtuvo un puntaje igual o superior a 20 el cual se asocia a comportamientos alimentarios de riesgo (Jones et.al, 2001). En relación con lo anterior, se encontró que entre mayor es el uso de las conductas de dieta, mayor es el riesgo de bulimia y preocupación por la comida.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Por otro lado, la investigación se llevó a cabo con 74 mujeres de la ciudad de Medellín que asisten al gimnasio; en esta se encontró que la edad en la que se presenta mayor riesgo de padecer un TCA son los 25 años; la escolaridad predominante es la universitaria precedida de la tecnológica; lo cual tiene concordancia con lo mencionado en la investigación realizada por (Castañeda & Restrepo, 2018) donde afirman que la media de edad fue de 22 años y que el 49,5% de las participantes tienen escolaridad universitaria.

Así mismo, se halló que el 32,4% de la población evaluada realizan dieta para mejorar su imagen corporal, comparado con la investigación de (Castañeda & Restrepo, 2018) quienes mencionan que el 46,8 % de las participantes se encontraban realizando dieta para mejorar su apariencia. Otro dato importante es que la población evaluada que presenta riesgo de padecer un TCA, asisten de 5 a 6 días al gimnasio entrenando en una modalidad tradicional con máquinas.

En cuanto al estrato socioeconómico, prevalece el estrato 5 seguido del estrato 3, lo cual concuerda con lo encontrado por Peláez & Vega (2018) en donde mencionan que el estrato socioeconómico medio-alto se relaciona directamente con la aparición de la AN. Los autores a su vez afirman que, el estado civil predominante en dicha investigación fue estar soltero, lo cual coincide con los presentes hallazgos.

En relación con los EMTS; a diferencia de los resultados de Peláez & Vega, (2018) dónde se menciona que, los esquemas pertenecientes a la dimensión sobrevigilancia e inhibición tiene mayor prevalencia en la presencia de TCA; en el presente estudio se encontró que los esquemas del dominio de autonomía y desempeño se presentan con mayor frecuencia. De igual forma, en la investigación realizada por Hovrud et.al (2019,) se menciona que los esquemas de autocontrol insuficiente y el aislamiento social tienen relación directa con el riesgo de padecer un TCA; pero los resultados obtenidos en esta investigación señalan que estos no son prevalentes en la población evaluada, ya que el

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

mayor puntaje se obtuvo en el esquema de fracaso seguido por los esquemas de desconfianza/abuso, apego confuso, vulnerabilidad al daño y subyugación.

En la investigación realizada por Damiano et.al (2016) se encontró que en la población adolescente con un diagnóstico de AN los EMT asociados son: aislamiento social e inhibición emocional, y Pauwels et.al (2016) mencionan que en los pacientes con diagnóstico de BN los EMT que puntúan más alto son: fracaso, subyugación y estándares inflexibles; a su vez, Góngora et.al (2009) afirman que en población adolescente con riesgo de padecer BN, los EMT de desconfianza/abuso, autocontrol insuficiente y grandiosidad son los de mayor puntuación. De manera similar en la presente investigación se halló que el EMT más común en la población adulta con riesgo de padecer un TCA es el fracaso, seguido de los esquemas de desconfianza/abuso, apego confuso y subyugación.

También se observó que el esquema de vulnerabilidad al daño se relaciona directamente con el riesgo de padecer un TCA; en comparación con la investigación llevada a cabo por Arango & Villegas (2013) en la cual mencionan que este EMT se relaciona con pacientes que padecen obesidad, los cuales anticipan catástrofes y tienen la sensación de perder el control durante las mismas. Es de resaltar que en este estudio 17 participantes tienen antecedentes de obesidad, es decir un 18, 9%, lo cual es un dato relevante para próximas investigaciones.

En relación con los resultados obtenidos y la hipótesis inicialmente propuesta, se puede decir que existe una relación directa entre los EMT y el riesgo de padecer un TCA.

En cuanto a los estilos parentales de acompañamiento y su relación con el comportamiento alimentario, se halló que el estilo autoritario es más común en el vínculo con el padre, donde normalmente se presentó un de tipo control sin afecto. Estos hallazgos coinciden con los reportados por Losada et.al (2020) donde se menciona que, el exceso de control por parte de los padres genera en los hijos una sensación de no tener independencia ni control de sí mismos, lo que se convierte en un factor relevante para el

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

riesgo de padecer un TCA. Así mismo, Rocafuerte (2017) afirma que el estilo autoritario se presenta en el 43% de la población estudiada como un factor influyente en la conducta alimentaria.

Además, se pudo observar que el 9,5 % de las mujeres evaluadas con riesgo de padecer un TCA tienen un vínculo de constricción cariñosa con la madre, esto se refiere a un estilo autoritario porque se ejerce alto control y afecto en la crianza. Conforme a esto, las personas con diagnóstico de AN suelen describir a sus familias como cohesivas y organizadas y con una baja tolerancia al conflicto; también se ha observado que no se reconocen los límites individuales de cada miembro, lo cual influye en el desarrollo de la autonomía (Serra, 2015). Así mismo, se encontró que el 9,5 % de las mujeres evaluadas con riesgo de padecer un TCA tienen un vínculo ausente/débil con la madre, esto relacionado a la investigación de Marmo (2014) quien afirma que las pacientes con diagnóstico de BN refieren a sus familias como conflictivas y menos cohesionadas, es decir, un estilo parental permisivo. Lo mencionado anteriormente le da sentido a la hipótesis planteada inicialmente en la cual se afirma que el estilo parental de acompañamiento autoritario está asociado al riesgo de padecer un TCA.

Es de resaltar que el estilo democrático (vínculo óptimo) tuvo un porcentaje de 28,4% en cuanto al vínculo con la madre en la población sin riesgo de padecer un TCA, lo cual puede considerarse como un factor protector como lo menciona Bernal (2015) donde destaca la importancia del acompañamiento a través de elogios, ternura, cooperación y una buena comunicación, en donde se le brinda igual relevancia a las opiniones de todos los miembros de la familia; esto proporcionará al individuo autodominio y los recursos necesarios para afrontar las exigencias de las distintas situaciones.

Así mismo, Lopez et.al (2008) afirman que la comunicación, la comprensión y el afecto son factores importantes que contribuyen en la formación de la autoestima y la satisfacción sobre el cuerpo.

9. Conclusión

Se puede concluir que existe una relación directa entre los EMTS, los estilos parentales de acompañamiento y el riesgo de padecer un TCA. También se observó que entre mayor es el uso de conductas de dieta, mayor es el riesgo de bulimia y preocupación por la comida.

Con base en los hallazgos de este estudio, podrían considerarse investigaciones con muestras homogéneas y con mayor cantidad de participantes, en las cuales se puedan contrastar los resultados obtenidos, teniendo en cuenta que en Colombia existen pocos estudios que relacionen los EMTS, los estilos parentales y los trastornos de la conducta alimentaria.

10. Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM5-5. España: Panamericana.
- Arango, C & Villegas, M. (2013). Esquemas Maladaptativos Tempranos y Eventos Vitales Presentes en un Grupo de Personas Adultas Diagnosticadas con Obesidad de Medellín, Colombia. [Tesis pregrado]. Universidad Pontificia Bolivariana.
<https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/11113/TRABAJO%20DE%20GRADO%20APROBADO%20Mariana%20y%20Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ayuzo, N; & Covarubias, J. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. Revista Mexicana de Pediatría 2(86), 80-86.
https://www.researchgate.net/publication/335057779_Trastornos_de_la_Conducta_Alimentaria
- Baumrind, D. (2010). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. Revista Wiley on behalf of the Society for Research in Child Development, 37(4), 887-907.
<https://www.jstor.org/stable/pdf/1126611.pdf?refreqid=excelsior%3A230499ca9285f8aea3a87803b32d83cc>
- Baile, J & González, M. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria antes del siglo XX. Psicología Iberoamericana, 19 (26), 18-26
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915921003>
- Bernal, A; Rivas, S & Urpí, C (2015). Educación familiar: infancia y adolescencia. Edición en versión digital. Editorial pirámide.
- Carlson, N. (2014). Fisiología de la conducta. Undécima edición. Pearson.
- Castañeda, T; & Restrepo, J. (2018). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia. Revista colombiana de psiquiatría. 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.003>

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- Chemisquy, S. (2017). Las dificultades interpersonales de los perfeccionistas: consideraciones teóricas sobre el modelo de desconexión social . Abril 30 2018, de Instituto de Investigaciones Científicas (IDIC) Sitio web: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-42062017000200007
- Damiano, S; Reece, J; Reid, S; Atkins, L & Patton, G. (2016). Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eating Behaviors*. 16(1) 64-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25464069/>
- Duarte, J. M., & Mendieta, Z. H. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Problema de salud pública. Medicina Clinica Monografias*, 1(2), 33–38. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1xxtxs.5>
- Estevez, A; Ozerinjauregi, N; Fernández, D; & Jauregui, P. (2019). The Mediator Role of Early Maladaptive schemas Between childhood Sexual Abuse and Impulsive Symptoms in Female Survivors of CSA. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(4), 763–784. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27112507/>
- Fajardo, E; Méndez, C; & Jauregui, A. (2017). Prevalencia Del Riesgo De Trastornos De La Conducta Alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá- Colombia. *Revista Med*, 25(1), 46-57. <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v25n1/v25n1a05.pdf>
- Gempeler, J. (2019). RCN radio. Alerta por aumento de enfermedad de trastorno alimentario en el mundo. <https://www.rcnradio.com/recomendado-del-editor/alerta-por-aumento-de-la-enfermedad-de-trastorno-alimentario-en-el-mundo>
- Gray, P. (2008). *Psicología*. Quinta edición. Mc-Graw Hill. <https://www-ebooks7-24-com.loginbiblio.poligran.edu.co/?il=1048&pg=607>
- Góngora, V.; Grinhauz, S. & Suárez, N. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio sobre conductas y cogniciones. *Anuario de investigaciones*, 16 (3), 25-31. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139945002.pdf>
- Himmerich, H; Bentley, J; Kan, C; & Treasure, J. (2019). Factores de riesgos genéticos para los trastornos alimentarios: Una actualización e información

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- sobre la fisiopatología. *Revista de toxicomanías*, 82 (1), 3-18.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6951310>
- Hovrud, L; Simons, R; & Simons, J. (2019). Cognitive Schemas and Eating Disorder Risk: the Role of Distress Tolerance. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1-13.
https://www.researchgate.net/publication/337354915_Cognitive_Schemas_and_Eating_Disorder_Risk_the_Role_of_Distress_Tolerance
- Irwin, S & Sarason, B. (2006). *Psicopatología, psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Undécima edición. Pearson.
- Jorge, E; González, M. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes psicológicos*, 17(2), 39-66.
<http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>
- Juarascio, A; Felonis, C; Manassee, S; Srivastava, P; Boyajian, L; Forman, E & Zhang, F. (2020). The project COMPASS protocol: Optimizing mindfulness and acceptance-based behavioral treatment for binge-eating spectrum disorders. *International journal of eating disorders*. 1-8
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33285016/>
- Leung, F., Schwartzman, A., & Steiger, H. (1996). Testing a dual-process family model in understanding the development of eating pathology: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 367-375. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/%28SICI%291098-108X%28199612%2920%3A4%3C367%3A%3AAID-EAT4%3E3.0.CO%3B2-L>
- Lopez, S; Peña, J; & Caro, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20(1), 62-70. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720110.pdf>
- Losada, A.V; & Bidau, C. (2017). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología*, 16(1), 30-49.
https://www.researchgate.net/publication/329538048_Familia_y_trastornos_de_la_conducta_alimentaria_Articulo_de_investigacion
- Losada, A; Adrio, M; & Germano, G. (2020). Estilo parental percibido en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria. *Perspectivas*, 20(1), 1

-23.

https://www.researchgate.net/publication/341627450_ESTILO_PARENTAL_PERCIBIDO_EN_ADOLESCENTES_CON_TRASTORNO_DE_LA_CONDUCTA_ALIMENTARIA

Losada, A; & Charro, A. (2018). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales. *Perspectivas Metodológicas*, 21(I), 1-25.

https://www.researchgate.net/publication/325514595_Trastornos_de_la_Conducta_Alimentaria_y_Estilos_Parentales

Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Av.psicol*, 22(2), 165- 179.

<http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/183>

Martínez, S & Munguia, D. (2017). Ejercicio físico como herramienta para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Infad revista de psicología*. 4 (1) 339-350.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349853537034>

Minuchin, S. (2013). *Familias y terapia familiar*. Novena edición. Editorial gedisa.

Monteleone, P; & Maj, M (2008). Genetic susceptibility to eating disorders:

associated polymorphisms and pharmacogenetic suggestions. *Future*

medicine, 9(10), 1487-1520. <https://sci-hub.se/10.2217/14622416.9.10.1487>

Morris, C & Maisto, A. (2005). *Introducción a la psicología*. Duodécima edición. Pearson.

Nebot, S. (2017). *Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de un trastorno de la conducta alimentaria que buscan ayuda y su remisión a diferentes dispositivos sanitarios*. [Tesis doctoral]. Universitat Jaume.

Nicol, A; Mak, A; Murray, K, Walker, L; Buckmaster, D. (2020). The Relationships Between Early Maladaptive Schemas and Youth. *Cognitive Therapy and Research*, 1- 37. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10092-6>

Orrit, G. (2019). *Dismorfia muscular: factores de riesgo y protectores en adolescentes*. [Tesis doctoral]. Universidad católica de valencia.

ESQUEMAS, ESTILOS PARENTALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- Pauwels, E; Dierckx, E; Schoevaerts, K & Claes, L. (2016). Early Maladaptive Schemas in Eating Disordered Patients with or Without Non-Suicidal Self-Injury. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 1-7.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27349211/>
- Proffitt, R; & Hill, S. (2018). Unpredictability, Body Awareness, and Eating in the Absence of Hunger: A Cognitive Schemas Approach. *Health psychology*, 37(7), 691-699.
https://www.researchgate.net/publication/325825494_Unpredictability_Body_Awareness_and_Eating_in_the_Absence_of_Hunger_A_Cognitive_Schemas_Approach
- Quintana, J. (2016). *Pedagogía familiar*. Edición Narcea.
- Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Av. Psicol*, 17(1), 59-74.
<http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2009/>.
- Rocafuerte, A. (2017). Estilos parentales y su relación con las conductas alimentarias de riesgo de adolescente. Repositorio UTA. [Tesis posgrado].
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26135/1/ROCAFUERTE%2052c%20ANA.%20TESIS%20pdf.pdf>
- Serra, M. (2015). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. Editorial UOC.
<https://elibro.net/es/ereader/poligran/57904?page=17>
- Weishaar, M. Klosko, J. y Young, J. (2013). *Terapia de esquemas: guía práctica*. [archivo PDF]. <https://elibro.net/es/ereader/poligran/115895?page=31>